

ANAMNESE FRAGEBOGEN

Herzlich Willkommen in der ZAHNARZTPRAXIS DR. YAKIN.

Bevor wir uns in Ruhe über Ihre zahnmedizinischen Wünsche/Probleme unterhalten, benötigen wir neben Ihren Personalien auch Auskünfte über Ihren zahnmedizinischen und allgemeinen Gesundheitszustand. Dies ist für eine adäquate und risikofreie Behandlung unerlässlich. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Gibt es Fragen oder Probleme beim Ausfüllen des Formulars? Wir helfen Ihnen gerne weiter.

ANGABEN ZUR PERSON

Name Titel.....

Vorname Geburtsdatum

Strasse, Nr. PLZ, Ort.....

Tel. (privat) Tel. (mobil)

E-Mail Beruf.....

Arbeitgeber..... Tel. (Arbeitsplatz)

VERSICHERUNG

Ich bin/habe

- pflichtversichert freiwillig versichert privat zusatzversichert Kostenerstattung
 privat versichert Beihilfe versichert Basistarif versichert

WENN SIE NICHT SELBST KRANKENVERSICHERUNGSMITGLIED SIND, WER IST VERSICHERTER?

Name Titel.....

Vorname Geburtsdatum

Strasse, Nr. PLZ, Ort.....

ZAHNMEDIZINISCHE FRAGEN

Haben Sie Zahnschmerzen? Ja, folgende..... Nein

Zieht sich Ihr Zahnfleisch zurück? Ja Nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? Ja Nein

Haben Sie Geräusche/Schmerzen im Kiefergelenk (z. B. Knacken)? Ja, wo?..... Nein

Knirschen oder Pressen Sie mit Ihren Zähnen? Ja Nein

GESUNDHEITSFragen ZUR PERSON

Haben/Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden (Epilepsie) | <input type="checkbox"/> Asthma (schwere Atemnot) | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C (Gelbsucht) | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetis) | |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | | |

Nehmen Sie Marcumar oder Comadin?

- Wenn ja, wann? Nein

Allergische Reaktionen/Unverträglichkeit vom Medikamenten bzw. Materialien?

- Wenn ja, welche? Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Wenn ja, welche? Nein

Erhalten Sie Bisphosphonate? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Ungewiss

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Sonstige Angaben/andere Krankheiten?

.....

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen mit „Ja“ beantwortet haben,
teilen Sie uns bitte Name und Anschrift Ihres Hausarztes und ggf. Facharztes mit:

Name Telefon

Strasse, Nr. PLZ, Ort

SONSTIGE HINWEISE

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Persönliche Empfehlung durch

Internet: Google Jameda

Werbung/Einkaufswagen:

Rewe (Rosa-Bavarese-Str.) Edeka (Wotanstr. 40) sonstiges.....

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Zwecks einer langfristigen Absicherung der Behandlungsergebnisse nehmen wir Sie sehr gerne in unser Wiederbestellsystem (Recall) auf.

Terminerinnerung bitte per E-Mail SMS Post Keine

Um Ihnen lange Wartezeiten zu ersparen, planen wir Behandlungszeiten ein, die nur für Sie bereitgestellt werden.
Sollten Sie vereinbarte Termine nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie aus diesem Grund, diese mindestens 24 Stunden vor Terminbeginn abzusagen.

Wir sind berechtigt, nicht eingehaltene Termine nach Zeitaufwand der geplanten Behandlung in Rechnung zu stellen.

München (Datum, Unterschrift)

Vielen Dank für Ihren Besuch.